

VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 776 vom 25. November 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-11-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__776

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 776 du 25 novembre 2015

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 776 del 25 novembre 2015

Regeste

RECHUTE, LIEN DE CAUSALITÉ | 29 al. 2 Cst., 36 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 4 LPGA, 43 LPGA, 11 OLAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 25.11.2015 Arrêt / 2015 / 776

RECHUTE, LIEN DE CAUSALITÉ | 29 al. 2 Cst., 36 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 4 LPGA, 43 LPGA, 11 OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 61/13 - 111/2015 ZA13.022526 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 25 novembre 2015 _____ Composition : Mme Röthenbacher ,

présidente M. Bidiville et Mme Rossier, assesseurs Greffière : Mme Monney *****

Cause pendante entre : D. _____ , à [...], recourante, représenté par CAP Compagnie

d'Assurance de Protection juridique S.A., à Lausanne, et Caisse nationale suisse

d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée. _____ Art. 4 et 43 LPGA ;

6 al. 1 et 36 al. 1 LAA ; 11 OLAA ; 29 al. 2 Cst. E n f a i t : A. D. _____ (ci-après :

l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait en qualité d'assistante de projet au sein de

l'entreprise K. _____ dont le siège se trouve à [...]. Elle était assurée à titre obligatoire

pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse

d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). B. Le 24 octobre 2011,

alors que l'assurée circulait à [...] sur son scooter et qu'elle se trouvait à l'arrêt dans

l'attente de pouvoir obliquer, une voiture l'a heurtée par l'arrière. D. _____ est tombée

de son véhicule et a heurté le sol avec la hanche gauche, le coude gauche et le crâne, qui

était protégé par un casque. Elle n'a pas perdu connaissance. Les radiographies réalisées le

jour même aux urgences du J. _____ (ci-après : le J. _____) n'ont pas montré de

lésion osseuse et l'examen clinique n'a pas révélé de trouble neurologique. Il ressort des

certificats médicaux établis le 25 octobre 2011, respectivement le 8 novembre 2011, par le

Dr W. _____, spécialiste en médecine interne générale, que l'assurée a été en incapacité

de travail du 25 octobre 2011 au 30 octobre 2011 et du 7 novembre 2011 au 8 novembre

2011. Cet accident a été déclaré à la CNA de [...] le 28 octobre 2011 au moyen du

formulaire idoine. Le point 9 de ce document, intitulé « Verletzungen », faisait état de

contusions et indiquait que les parties du corps touchées étaient plusieurs zones des

extrémités supérieures gauches. Le formulaire le mentionnait en ces termes : « Betroffener

Körperteil (links, rechts, unbestimmt) Mehrere Bereiche der oberen Extremitäten links Art

der Schädigung Quetschung » Dans le constat amiable signé par les conducteurs des deux

véhicules impliqués dans l'accident, il était mentionné que l'assurée avait souffert de

« divers hématomes et contusions ». En date du 31 octobre 2011, le Dr W. _____ a

prescrit six séances de physiothérapie à l'assurée en précisant que les régions à traiter

étaient la nuque, le bassin et le genou gauche. Le 6 décembre 2011, ce médecin a prescrit six nouvelles séances de physiothérapie en raison de douleurs à la hanche gauche. Ces prescriptions de physiothérapie sont parvenues à la CNA en date du 19 janvier 2012. Dans la feuille-accident du 13 décembre 2011, le Dr Q. _____, spécialiste en médecine du travail et en médecine interne générale, a indiqué que le traitement médical avait pris fin en date du 24 novembre 2011. Fondée sur ces informations, la CNA a clos le dossier de l'assurée. Le 7 février 2012, le Dr W. _____ a prescrit six nouvelles séances de physiothérapie, notamment pour la nuque et les épaules. Dans son rapport médical intermédiaire du 1^{er} mai 2012 adressé à la CNA, le Dr W. _____ a diagnostiqué ce qui suit : « Status-post accident de la voie publique en scooter : contusions multiples (nuque, épaules, hanche gauche, coude gauche) ». Il a indiqué que l'évolution avait été favorable dans un premier temps mais que persistait toujours une douleur gênante à la nuque gauche et à l'épaule gauche. Le 8 mai 2012, le Dr W. _____ a prescrit six nouvelles séances de physiothérapie. L'employeur de l'assurée a déclaré une rechute en date du 22 mai 2012 au moyen du formulaire idoine, en mentionnant que l'intéressée souffrait toujours de douleurs. Dans son rapport médical du 12 juin 2012 adressé à la CNA, le Dr W. _____ a indiqué que sa patiente était sous traitement médicamenteux et physiothérapeutique et que s'il y avait eu une amélioration dans un premier temps, il persistait toujours une douleur gênante à la nuque gauche et à l'épaule gauche. Il ajoutait qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles de la nuque ni de l'épaule gauche, ni de trouble neurologique. Au point 5 intitulé « Diagnostic », il mentionnait ceci : « Status post accident de la voie publique le 24.10.2011, avec contusions multiples : nuque, épaule gauche, hanche gauche, coude gauche ». Il proposait que sa patiente soit examinée par le médecin-conseil orthopédiste de la CNA s'agissant de la suite du traitement pour le problème de nuque. Par courrier du 20 juin 2012, l'assurée a informé la CNA que depuis cet accident de scooter, elle avait toujours des douleurs dans le dos et la nuque, ajoutant qu'elle ne pouvait pas attendre sans rien faire puisque cela ne passait pas avec le temps. Le 11 juillet 2012, l'assurance-accidents a soumis le cas de l'assurée au Dr R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, qui a requis la mise en œuvre d'une IRM et d'un examen neurologique. Une IRM cervicale et lombaire a été réalisée le 23 juillet 2012 au H. _____. Dans son rapport médical du même jour adressé au Dr W. _____, le Dr F. _____, spécialiste en radiologie, a diagnostiqué des « discopathies C4-C5 et C6-C7 avec déchirure de l'anneau fibreux, plus étendue en C6-C7 où il existe un petit décollement du ligament longitudinal postérieur. Au niveau lombaire, pas de protrusion discale ni hernie. Petit kyste sous-chondral de la facette articulaire postérieure droite de L3 ». L'assurée a par la suite été adressée au Dr P. _____, spécialiste en neurologie, qui l'a examinée en date du 27 juillet 2012. Ce médecin a noté qu'il persistait des douleurs cervicales irradiant dans la région dorsale, avec parfois sensation de nuque « bouillante » et parfois associées à de discrets vertiges. Il n'y avait pas d'irradiation dans les membres supérieurs ni d'autre plainte sur le plan neurologique, l'assurée ne prenant pas de traitement mais suivant toujours des séances de physiothérapie. Sous le point « Appréciation » de son rapport, le Dr P. _____ a relevé ceci : « Il s'agit de cervico-dorsalgies relativement banales, sans symptomatologie médullaire, ni radiculaire, survenues à la suite d'un accident le 24.10.2011, sans gravité. En effet, l'examen neurologique détaillé est rigoureusement normal, et l'IRM cervicale a mis en évidence des anomalies à caractère dégénératif, peu sévères. Il n'y a aucune compression radiculaire, ni médullaire. En conclusion, il s'agit de cervico-dorsalgies isolées, probablement

multi-factorielles, avec une composante dégénérative, et probablement tensionnelle, chez cette patiente qui reste remontée et revendicatrice à l'encontre de la SUVA [CNA], qui a suspendu ses prestations après 2 mois. » Le 31 juillet 2012, le Dr W. _____ a prescrit neuf nouvelles séances de physiothérapie. Dans sa prise de position du 9 août 2012, le Dr R. _____ a considéré que les plaintes de l'assurée étaient seulement au stade de la vraisemblance possible en lien avec l'événement du 24 octobre 2011. Il estimait que l'IRM et l'examen neurologique parlaient plutôt en faveur de modifications dégénératives de la colonne cervicale, responsables des plaintes actuelles. D'un point de vue médical, il estimait que le cas pouvait être clos. Par courrier en allemand du 13 août 2012, renvoyé en français le 4 septembre 2012, la CNA a informé l'assurée qu'elle ne lui allouerait pas de prestations d'assurance dans le cadre de la rechute annoncée. Se fondant sur l'avis du 9 août 2012 du Dr R. _____, elle a estimé qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou pour le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre l'accident du 24 octobre 2011 et les lésions annoncées. Peu après, l'assurée a consulté le Dr G. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, à la consultation [...] de la N. _____. En date du 10 septembre 2012, ce médecin a prescrit neuf séances de physiothérapie, mentionnant un diagnostic de « dorsalgies interscapulaires dans un contexte de souffrances algodysfonctionnelles en chaîne, dysbalances musculaires des ceintures scapulaires ». Le 30 septembre 2012, l'assurée a informé par écrit la CNA qu'elle contestait l'appréciation du médecin d'arrondissement et requis la prise en charge de son cas par l'assurance-accidents. Se basant sur l'examen du Dr G. _____, elle considérait que ses problèmes de dos étaient les suites directes de son accident du 24 octobre 2011. Elle demandait en outre des précisions sur les raisons pour lesquelles son dossier avait été clos et combien de séances de physiothérapie avaient été payées par la CNA. Elle reprochait également à l'assurance-accidents une mauvaise gestion de son dossier du fait que les correspondances étaient reçues en français et les communications transmises en allemand. Dans son rapport médical du 20 octobre 2012 adressé au Dr W. _____, le Dr G. _____ a notamment indiqué ce qui suit : « Madame D. _____ présente des dorsalgies interscapulaires dans un contexte de souffrances algodysfonctionnelles en chaîne apparues dans les suites d'un traumatisme avec impact vertébral, sans pour autant déplorer de fracture ou d'atteinte irritative neurogène. Cette problématique survient dans une constellation de dysbalances musculaires des ceintures scapulaires avec défaut de stabilisation du plan musculaire profond. De par la composante d'hyperlaxité ligamentaire, l'équilibre est assuré surtout par les structures passives se mettant d'emblée en position de verrouillage articulaire en extension. Le joint articulaire est donc positionné en contrainte mécanique, n'autorisant guère l'alternance posturale. Il en découle dès lors un fonctionnement musculaire incohérent et inadapté aux contraintes physiques du quotidien. L'absence de restriction de mobilité me laisse entrevoir une évolution plutôt favorable, malgré le remaniement structurel discal cervical. L'orientation thérapeutique devrait se porter vers des approches gymniques d'assouplissement médio-thoracique de type Mac Kenzi combiné à une rééducation posturale visant à améliorer l'auto-ajustement et lui offrir une meilleure conscience corporelle avec des exercices gymniques quotidiens à domicile de type gainage. Ces exercices ont pour but d'améliorer le contrôle des mécanismes de co-contraction réflexes existants entre le plan musculaire antérieur abdominal et toute la chaîne musculaire profonde para-vertébrale, procédure qui apporte une sécurité mécanique au niveau intersegmentaire. Cette activité sera ensuite automatisée dans les diverses activités au quotidien, sans négliger bien entendu les fameuses postures de porte-à-faux. On profitera de

l'occasion pour la sensibiliser aux mesures dites ergonomiques. Sur le plan professionnel, le sujet poursuit son activité selon la même rentabilité et selon les mêmes modalités. » Un inspecteur de la CNA s'est rendu sur le lieu de travail de l'assurée en date du 23 janvier 2013. Il ressort du rapport d'entretien du même jour que l'assurée a notamment relaté l'existence, depuis l'accident du 24 octobre 2011, d'un point douloureux situé entre les omoplates, cette zone se révélant bouillante au toucher. L'assurée précisait qu'elle prenait des anti-inflammatoires depuis un mois, qu'elle suivait des séances de physiothérapie et qu'elle pratiquait régulièrement des étirements. À cet égard, elle indiquait avoir remarqué une perte de l'acquis en l'espace de trois semaines suite à la suspension de la physiothérapie durant les fêtes de fin d'année. Elle mentionnait également ne plus prendre d'anti-douleurs et d'anti-inflammatoires depuis dix jours et constatait une péjoration de la situation. Elle relatait aussi le fait qu'avant l'accident, elle ne ressentait pas de douleurs en haut du dos et dans la nuque. Enfin, elle confirmait son opposition à la décision de la CNA de clore son cas et requerrait une nouvelle prise de position. Dans sa prise de position du 31 janvier 2013, le Dr R. _____ a confirmé sa précédente appréciation, en ce sens que les douleurs actuelles n'étaient plus liées à l'accident mais résultaient de modifications dégénératives d'une maladie des disques intervertébraux du rachis cervical. Il se fondait notamment sur l'IRM du 23 juillet 2012 qui révélait selon lui uniquement la présence de modifications dégénératives des segments C4 à C7 évocatrices d'une maladie dégénérative des disques intervertébraux préexistant de longue date. Le Dr R. _____ mentionnait également que l'examen neurologique réalisé le 27 juillet 2012 excluait la présence de déficits neurologiques tant radiculaires que centraux et que d'un point de vue neurologique, l'assurée présentait des cervico-dorsalgies isolées d'origine vraisemblablement multifactorielle. Il expliquait en outre que de son point de vue, l'événement accidentel du 24 octobre 2011 n'avait provoqué aucune lésion structurelle de nature traumatique du rachis cervical, ce que démontrait tant l'examen de chirurgie orthopédique et de traumatologie que les investigations neurologiques et les examens d'imagerie. Il estimait que d'un point de vue médical, le cas pouvait donc être clos. Par décision du 14 février 2013, la CNA a informé l'assurée qu'elle ne lui allouerait pas de prestations d'assurance dans le cadre de la rechute annoncée suite à l'accident du 24 octobre 2011. Se fondant sur l'avis de son médecin d'arrondissement, elle a considéré qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou pour le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre l'accident du 24 octobre 2011 et les lésions de l'épaule et de la nuque annoncées. En date du 11 mars 2013, l'assurée a fait opposition à la décision précitée, concluant implicitement à l'annulation de celle-ci et demandant que son dossier soit transféré à l'agence de [...]. À l'appui de son écriture, l'assurée invoquait le fait que le Dr R. _____ ne semblait pas avoir pris connaissance du rapport du Dr G. _____ du 20 octobre 2012 ni du rapport d'entretien avec l'inspecteur de la CNA du 23 janvier 2013. Elle considérait que ses problèmes de dos étaient les suites directes de son accident de scooter du 24 octobre 2011 et demandait à la CNA pour quelle raison son dossier avait été clos et combien de séances de physiothérapie avaient été prises en charge par l'assurance-accidents. Elle reprochait en outre à la CNA une mauvaise communication entre ses services, due selon elle à la traduction entre le français et l'allemand, qui avait engendré une gestion médiocre de son cas. Par décision sur opposition du 29 avril 2013, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 14 février 2013. Se fondant sur l'appréciation du Dr R. _____, elle a considéré qu'un rapport de causalité entre les troubles cervicaux annoncés en mai 2012 et l'accident du 24 octobre 2011 était tout au plus possible, au vu des constatations effectuées à l'occasion

de l'IRM du 23 juillet 2012 et des éléments relevés lors de l'examen neurologique par le Dr P. _____. Elle précisait que le dossier de l'assurée, complété par une enquête au sujet de l'état de faits et de l'évolution des plaintes décrites ainsi que par le rapport du 20 octobre 2012 du Dr G. _____ avait été soumis une nouvelle fois à son médecin d'arrondissement, qui avait pris connaissance des pièces du dossier. La CNA a relevé que l'opposante ne produisait aucun élément susceptible de remettre en question les conclusions convaincantes et motivées du Dr R. _____. Elle constatait également que tant le Dr P. _____ que le Dr G. _____ ne mettaient pas en cause l'accident comme étant responsable des troubles cervicaux de l'assurée. En particulier, le Dr G. _____ signalait que la problématique présentée survenait dans une constellation de dysbalances musculaires. La CNA estimait par conséquent qu'il convenait de reconnaître une pleine valeur probante à l'avis du Dr R. _____. L'assurance-accidents observait de surcroît que l'argumentation de l'assurée reposait sur l'apparition de ses douleurs uniquement après son accident, ce qui constituait un raisonnement « post hoc, ergo propter hoc », lequel ne permettait pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances-sociales et ne pouvait être admis comme moyen de preuve. Selon la CNA, en l'absence d'un rapport de causalité naturelle, au degré de la vraisemblance prépondérante, entre les troubles à la colonne cervicale irradiant jusqu'aux épaules annoncés en mai 2012 et l'événement accidentel du 24 octobre 2011, c'est à juste titre qu'elle n'allouait pas de prestations d'assurance dans le cas de cette rechute. La CNA précisait encore que le dossier initial avait été clos le 14 décembre 2011 compte tenu du rapport du 13 décembre 2011 du Dr Q. _____ signalant que le traitement était terminé depuis le 24 novembre 2011. De surcroît, elle expliquait que la CNA avait pris en charge toutes les séances de physiothérapie ordonnées dans le cadre du cas initial, à l'exception de celles dont la prise en charge était requise lors de la rechute annoncée. Enfin, s'agissant de la question du transfert du dossier par l'agence de [...], la CNA considérait que ce point ne faisait pas l'objet de la décision attaquée et que la demande de l'assurée serait examinée par la CNA de [...]. C. Par acte du 27 mai 2013, D. _____ a interjeté recours à l'encontre de la décision sur opposition du 29 avril 2013, concluant implicitement à son annulation et demandant la prise en charge du traitement médical. À l'appui de cette écriture, la recourante invoque, en substance, que son cas ne doit pas être traité comme une rechute mais comme la continuité de l'accident du 24 octobre 2011. Elle explique que pour ne pas cumuler les soins, le traitement chez le Dr Q. _____ a pris fin après deux séances d'acupuncture effectuées les 7 et 14 novembre 2011. Or à cette époque, elle suivait toujours un traitement de physiothérapie. Ayant appris par hasard que son dossier avait été clos par la CNA, la recourante a dû annoncer une rechute afin de réactiver le cas, dès lors qu'un rendez-vous chez le Dr G. _____ avait déjà été fixé. S'agissant des troubles dégénératifs de la colonne vertébrale relevés par la CNA, la recourante mentionne qu'à trente-huit ans au moment des faits, elle n'avait jamais eu de douleur à la nuque et que l'accident en a été le facteur déclanchant. Elle rapporte également que selon le radiologue, cela pouvait tout à fait avoir été causé par l'accident. Elle précise que les dysbalances musculaires signalées par le Dr R. _____ sont liées à l'accident et à sa posture adoptée en raison des douleurs. Elle juge enfin que son dossier a été mal géré par la CNA en raison de problèmes linguistiques et qu'elle a dû insister pour recevoir des correspondances en français, ce qui est étonnant de la part d'une caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents. Dans son mémoire de réponse du 28 juin 2013, la CNA s'est pour l'essentiel référée aux éléments mentionnés dans sa décision sur opposition du 29 avril 2013. Se fondant sur l'opinion du Dr

R. _____, elle répète qu'il n'y a pas de lien de causalité entre l'accident du 24 octobre 2011 et les douleurs ressenties par la recourante et que le rapport du médecin précité du 31 janvier 2013 ne fait que confirmer l'appréciation médicale des Drs P. _____ et G. _____ qui exposaient déjà que les troubles de l'assuré avaient une origine dégénérative et multifactorielle. L'intimée rappelle que l'argument de l'assurée selon lequel elle n'aurait jamais eu de douleur à la nuque constitue un raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » qui ne permet pas d'établir un lien de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante exigée en matière d'assurances sociales et ne saurait être admis comme moyen de preuve. Elle ajoute que l'assurée ne produit ni n'allègue d'éléments susceptibles de mettre en doute les divers avis médicaux la concernant. La CNA précise en outre que sa décision repose sur des appréciations médicales possédant un très fort degré de précision, décrivant clairement la situation médicale, n'étant pas contradictoires et aboutissant à des conclusions convaincantes et bien motivées. S'agissant de la clôture du dossier en décembre 2011, l'intimée se réfère à la feuille-accident du Dr Q. _____ selon laquelle la physiothérapie a pris fin le 24 novembre 2011. Elle relève qu'il ne ressort aucunement du dossier qu'un traitement supplémentaire était encore nécessaire et que la CNA était donc en droit de clore ce dossier. Pour ce qui est de la gestion de ce cas, la CNA présente des excuses à l'assurée pour les problèmes de langage survenus au cours de cette affaire. Elle observe que ces derniers n'ont pas nui à la bonne compréhension des éléments au dossier, de sorte que l'intimée a pu statuer en toute connaissance de cause. À cela s'ajoute, selon la CNA, que les rapports médicaux ont été soit établis par des médecins romands, soit traduits avec une grande précision, ce qui a permis une bonne communication des motifs de décisions, de sorte que cet argument n'est pas relevant. Dans sa réplique du 30 septembre 2013, la recourante a formellement conclu à l'annulation de la décision sur opposition du 29 avril 2013 et a requis de pouvoir bénéficier des prestations d'assurance-accidents jusqu'à complète guérison. Subsidiairement, elle a conclu au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction. À l'appui de ses écritures, elle a produit un rapport médical du Dr W. _____ daté du 27 septembre 2013, dont il ressort ce qui suit : « 1. On ne peut pas dire que son état actuel [de la recourante] est une conséquence naturelle de l'accident du 24.10.2011 de façon certaine, vraisemblable. On ne peut pas affirmer non plus que l'accident du 24.10.2011 n'a rien provoqué. Si on se réfère aux descriptions radiologiques de l'examen IRM cervicale du 23.7.2012, il y a une déchirure de l'anneau fibreux plus étendue en C6-C7 avec un petit décollement du ligament longitudinal postérieur. Il existe des troubles dégénératifs au niveau C4-C5 et C6-C7 mais il n'est pas exclu que l'accident pourrait entraîner la déchirure de l'anneau fibreux. En prenant en considération son âge (39 ans), le peu des troubles dégénératifs à la colonne cervicale, l'absence de troubles dégénératifs au niveau lombaire, sa profession de secrétariat, le fitness qu'elle pratiquait régulièrement avant l'accident du 24.10.2011, je pense que l'accident a une responsabilité prépondérante dans son état actuel. 2. Je ne connais pas de facteurs étrangers à l'accident qui puissent jouer un rôle dedans 3. Pour traiter les douleurs cervicodorsales, je lui conseille toute thérapie visant à assouplir sa colonne cervicodorsale, à renforcer les chaînes musculaires, à rééduquer la posture etc... » La recourante estime notamment que selon le Dr W. _____, l'accident du 24 octobre 2011 a eu une responsabilité prépondérante dans son état actuel. Elle indique également qu'en raison de douleurs persistantes, elle suit des séances de physiothérapie et que le traitement médical n'est nullement terminé à ce jour. Elle considère que selon le Dr W. _____, elle ne présente guère de lésions dégénératives compatibles avec les douleurs dont elle se plaint et

que les examens médicaux ont en revanche décelé une déchirure d'un anneau fibreux pouvant être d'origine post-traumatique. Elle estime que la CNA n'a pas procédé d'office à des investigations suffisantes au sens de l'article 43 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) avant de rendre sa décision sur opposition litigieuse et que si elle l'avait fait, elle aurait pu constater qu'il existe un lien de causalité pour le moins vraisemblable entre l'accident et les troubles actuels. Dans sa duplique du 22 octobre 2013, l'intimée a confirmé ses conclusions. En substance, elle conteste l'interprétation faite par la recourante du rapport médical du Dr W. _____ du 27 septembre 2013, au motif notamment que selon ce dernier, il n'existe qu'un lien de causalité possible entre les troubles présentés et l'accident du 24 octobre 2011, ce qui ne suffit pas à motiver une obligation de prester de la part de l'assurance-accidents. Elle relève en outre que le Dr W. _____ est le médecin traitant de l'assurée et que selon la jurisprudence en la matière, la prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur les indications des médecins traitants n'interviendra que très rarement dans un litige. Les arguments des parties seront repris, dans la mesure utile, dans les considérants en droit ci-après. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]). b) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent ; il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 2. Le présent litige porte sur le droit de la recourante à bénéficier des prestations de l'assurance-accidents, notamment la pris en charge du traitement médical, suite à la déclaration de rechute du 22 mai 2012. Dans ce contexte, il conviendra en particulier de déterminer, à l'aune de la vraisemblance prépondérante, si la problématique présentée par la recourante remplit les conditions mises à la reconnaissance d'une rechute ou de séquelles tardives au sens de l'art. 11 OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202), singulièrement si elle se trouve en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 24 octobre 2011, la recourante estimant que tel est le cas, alors que l'intimée prétend que l'origine des lésions depuis le 22 mai 2012 est dégénérative. 3. a) En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire, qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assuré a droit, notamment, au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une

indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1 ; 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008 consid. 2.2 ; U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, l'inapplication de l'adage « post hoc, ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006 consid. 6). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 117 V 359 consid. 4a ; 117 V 369 consid. 3a). c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et réf.cit. ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, comme c'est le cas en l'espèce, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et réf.cit.). d) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les

prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. On parle en revanche de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et réf. cit.; TF 8C_69/2012 du 18 septembre 2012 consid. 2; TF 8C_260/2012 du 27 juin 2012 consid. 2). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3). e) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse, si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). Cela signifie que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2). 4. De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une

autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et réf. cit.; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc). En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître une valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2). 5. a) En l'espèce, il convient préliminairement de constater que contrairement à ce qu'invoque la recourante, c'est à bon droit que la CNA a traité son cas comme une rechute. En effet, il ressort clairement de la feuille-accident du 13 décembre 2011 complétée par le Dr Q. _____ que le traitement médical a pris fin en date du 24 novembre 2011. De surcroît, ce médecin ne fait nullement mention de la nécessité d'un traitement supplémentaire, en particulier de nouvelles séances de physiothérapie. b) La recourante considère que les douleurs dont elle souffre sont liées à l'accident du 24 octobre 2011, notamment en raison du fait que ces douleurs ne sont apparues que postérieurement à celui-ci. Or d'une part, comme le rappelle à juste titre la CNA, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; cf. supra consid. 3b). D'autre part, D. _____ ne met d'aucune manière cet élément en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. En effet, bien que la recourante s'en prévale à l'appui de ses écritures, ni le rapport d'IRM du Dr F. _____ du 23 juillet 2012 ni le rapport du Dr G. _____ du 20 octobre 2012 ne corroborent ses affirmations. Dans son rapport d'IRM, le Dr F. _____ diagnostique des discopathies mais ne se prononce pas expressément sur la question de l'origine de ces lésions. Quant au Dr G. _____, il explique que la problématique des dorsalgies est survenue dans une constellation de dysbalances musculaires et d'hyperlaxité ligamentaire, cette problématique ayant pour conséquence que le fonctionnement musculaire de la recourante est incohérent et inadapté aux contraintes physiques du quotidien. Autrement dit, les constatations de ce médecin parlent plutôt en faveur d'une problématique préexistante et non pas imputable à l'accident. C'est d'ailleurs la conclusion à laquelle parvient le Dr R. _____ dans sa prise de position du 31 janvier 2013. Se basant sur un examen complet du dossier, il considère que les troubles actuels de la recourante résultent de modifications dégénératives d'une maladie des disques intervertébraux du rachis cervical et non pas de l'accident du 24 octobre 2011. Il se fonde en particulier sur l'IRM du 23 juillet 2012, dont

l'interprétation permet d'exclure totalement des lésions de nature traumatique du rachis cervical et révèle une problématique dégénérative, soit la présence de modifications dégénératives des segments C4 à C7 évocatrice d'une maladie dégénérative des disques intervertébraux préexistant de longue date. Cette problématique préexistante ressort d'ailleurs également du rapport médical du 27 juillet 2012 établi par le Dr P. _____, qui mentionne que ces lésions sont multifactorielles avec une composante dégénérative et probablement tensionnelle. Dans ces conditions, la position du Dr R. _____, au demeurant spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, est convaincante et on ne voit guère quel élément permettrait de remettre en cause ses explications claires et ses conclusions bien motivées. On doit par conséquent reconnaître une entière valeur probante à sa prise de position. Contrairement à ce qu'invoque la recourante, le rapport médical du Dr W. _____ du 27 septembre 2013 ne permet pas de s'écarter de la position du Dr R. _____. En effet, dans ce document, le Dr W. _____ admet tout d'abord que l'état actuel de sa patiente n'est pas une conséquence naturelle de l'accident du 24 octobre 2011 de façon certaine ni même vraisemblable, rejoignant ainsi la position du Dr R. _____. Cependant, il déclare également que l'accident a une responsabilité prépondérante dans l'état actuel de la recourante. Ainsi, ce rapport médical est emprunt des certaines contradictions, sans compter que le Dr W. _____ n'explique pas réellement en quoi les constatations de ses confrères, en particulier celles du Dr R. _____, ne pourraient être suivies s'agissant de l'origine dégénérative des lésions. De surcroît, le Dr W. _____ n'est pas un spécialiste en orthopédie, contrairement au Dr R. _____, et il agit en qualité de médecin traitant de la recourante. À ce titre, il est donc généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (cf. supra consid. 4). c) Compte tenu de ce qui précède, il apparaît que l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident du 24 octobre 2011 et le dommage subi par la recourante après la déclaration de rechute du 22 mai 2012 ne peut pas être qualifiée de vraisemblable, de telle sorte que c'est à juste titre que la CNA a nié le droit à des prestations fondées sur cet accident. 6. a) La recourante reproche également à l'intimée une mauvaise gestion de cette affaire pour des raisons linguistiques, précisant notamment avoir dû insister pour recevoir des correspondances en français, ce qui serait étonnant de la part d'une caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents. Même si elle ne le formule pas explicitement, on comprend que la recourante fait valoir une violation de son droit d'être entendu. b) Le droit d'être entendu, prévu à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), constitue une garantie générale de procédure. Il comprend le droit pour l'administré, respectivement le justiciable, de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer le sort de la décision, d'avoir accès au dossier, de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 136 V 351 consid. 4.4 ; ATF 132 V 368 consid. 3.1 ; TF 9C_705/2009 du 21 décembre 2009 consid. 1.2.2 ; TFA I 507/2003 du 15 janvier 2004 consid. 2.2 et réf. cit.). S'agissant d'une garantie de caractère formel, la violation du droit d'être entendu doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (TF I 68/2007 du 11 janvier 2008 consid. 2 et réf. cit.). Toutefois, selon la jurisprudence, une telle violation est réparée – à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – lorsque la partie lésée a eu la possibilité de s'exprimer devant une autorité jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; TF I 904/2006 du 19 mars 2007 consid. 4.3 et réf. cit.; cf. aussi

Kieser, ATSG – Kommentar, Zurich/Bale/Genève 2003, n° 10 ad art. 42 LPGA). Selon l'art. 33a PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021), applicable à la procédure devant l'assureur social par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA, la procédure est conduite dans l'une des quatre langues officielles ; en règle générale, il s'agit de la langue dans laquelle les parties ont déposé ou déposeraient leurs conclusions (al. 1). Lorsqu'une partie produit des pièces qui ne sont pas rédigées dans une langue officielle, l'autorité peut, avec l'accord des autres parties, renoncer à en exiger la traduction (al. 3). Si nécessaire, l'autorité ordonne une traduction (al. 4). Plus particulièrement, lorsqu'elle correspond avec un administré, l'administration fédérale doit utiliser celle des trois langues officielles dans laquelle s'exprime le destinataire de la communication. Cette règle vaut également pour les organismes de droit public ou de droit privé qui agissent en leur propre nom mais pour le compte de la Confédération dans l'accomplissement d'une tâche de celle-ci, par exemple, dans le domaine des assurances sociales, pour la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ATF 108 V 208 consid. 1 et réf. cit.). Cependant, il n'est pas interdit pour les collaborateurs d'une autorité fédérale de rédiger des communications internes dans une des langues nationales qui n'est pas la langue officielle utilisée concrètement dans les relations avec l'administré (ATF 131 V 35 consid. 4). c) En l'espèce, il faut tout d'abord préciser que le siège de l'employeur de la recourante se situe à [...], raison pour laquelle la déclaration d'accident a été faite en allemand par l'employeur et que le cas a été traité par l'agence de la CNA de [...]. Cela étant dit, il ressort du dossier que les correspondances adressées par l'intimée à la recourante ont été, pour la quasi-totalité, rédigées en français, respectant ainsi les exigences de la jurisprudence susmentionnée. Deux communications (« Kurzbrief ») du 19 avril 2012, respectivement du 25 septembre 2012, ainsi qu'un courrier du 13 août 2012 ont cependant été envoyés en allemand à l'assurée. Suite à la demande de cette dernière, le courrier précité a toutefois été intégralement traduit et renvoyé en français à la recourante le 4 septembre 2012. Quant aux deux communications, elles n'ont certes pas fait l'objet de traduction en français. Cependant, il est manifeste que D. _____ a compris le contenu de ces documents, dans la mesure où, suite à la première communication, qui l'informait que son cas était clos et qu'elle devait annoncer une rechute si elle ressentait de nouvelles douleurs, une déclaration pour rechute a effectivement été déposée. De même, après la seconde communication, qui lui renvoyait une facture de 2'254 fr. 55 car il s'agissait d'un cas maladie, la recourante a réagi en appelant la CNA pour lui faire part de son désaccord avec sa position, ainsi que cela ressort de la note téléphonique du 28 septembre 2012. Au demeurant, bien que le contenu de ces communications revête une certaine importance, il ne s'agit pas de pièces essentielles à la procédure. Au vu de ce qui précède, on ne saurait considérer que le fait que deux communications ont été envoyées en allemand à la recourante constitue une violation de son droit d'être entendu, dès lors que cette dernière a pu en comprendre le contenu et exercer valablement ses droits. Cela étant dit, même à admettre une violation du droit d'être entendu durant la procédure administrative devant la CNA, il s'avère de toute manière que celle-ci a été réparée dans le cadre du présent recours. En effet, ainsi que la jurisprudence citée ci-dessus l'a souligné, une violation du droit d'être entendu peut exceptionnellement être réparée pour autant que l'instance supérieure soit dotée d'un plein pouvoir d'examen. Tel est le cas de la Cour de céans dans la mesure où le recours régi par les art. 56 et suivants LPGA est un moyen de droit complet, permettant l'examen de la décision sur opposition entreprise en fait et en droit (cf. sur cette question spécifique : TF 9C_127/2007 du 12 février 2008 consid. 2.2). Dans ces conditions, il ne se justifierait de toute façon pas de

renvoyer la cause à l'intimée pour ce motif. d) Enfin, s'agissant des documents internes à la CNA, il est admis que ceux-ci soient rédigés dans une des langues nationales qui n'est pas la langue officielle utilisée concrètement dans les relations avec l'assurée (cf. supra consid. 6b). Ainsi, ces pièces ne devaient pas faire l'objet d'une traduction. La question de savoir si la prise de position du médecin d'arrondissement de la CNA constitue un document interne peut demeurer ouverte, dans la mesure où ce document a été intégralement traduit en français et communiqué à la recourante. 7. a) D. _____ reproche enfin à l'intimée une violation de l'art. 43 LPGA au motif que cette dernière n'aurait pas procédé d'office aux investigations suffisantes avant de rendre sa décision sur opposition. b) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en oeuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou s'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). c) En l'espèce, suite à la déclaration de rechute du 22 mai 2012, l'intimée a interpellé le Dr W. _____, qui a complété le certificat médical LAA pour rechute le 12 juin 2012. Elle a ensuite sollicité l'avis du Dr R. _____, lequel est médecin d'arrondissement de la CNA mais également spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Conformément aux instructions de ce dernier, l'assurance-accidents a requis la mise en oeuvre d'une IRM et d'un examen neurologique, lesquels ont été réalisés le 23 juillet 2012, respectivement le 27 juillet 2012. Suite à ces examens, le cas a été soumis une nouvelle fois au Dr R. _____, qui a considéré sur la base de ces renseignements médicaux que les plaintes de l'assurée étaient seulement avec une vraisemblance possible en lien avec l'événement du 24 octobre 2011. Il estimait que l'IRM et l'examen neurologique parlaient plutôt en faveur de modifications dégénératives des vertèbres cervicales, responsables des plaintes actuelles. D'un point de vue médical, il considérait que le cas pouvait être clos, raison pour laquelle par courrier du 13 août 2012, traduit en français et renvoyé à l'assurée le 4 septembre 2012, la CNA a informé cette dernière qu'elle n'allouerait pas de prestations d'assurance. Suite au rapport médical établi le 20 octobre 2012 par le Dr G. _____, l'intimée a encore organisé un entretien sur le lieu de travail de l'assurée afin de faire un bilan de la situation et a interpellé une nouvelle fois le Dr R. _____ avant de rendre une décision formelle. Au vu de ce qui précède, force est de constater que la CNA a mis en oeuvre les mesures nécessaires, en particulier les examens médicaux tels que l'IRM et l'examen neurologique, afin que les faits essentiels pour l'examen du droit aux prétentions de la recourante soient établis. Dans ces conditions, on ne saurait reprocher à la CNA une violation de l'art. 43 LPGA. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée. 8. La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Au vu de l'issue

du litige, la recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA notamment). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 29 avril 2013 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ CAP Compagnie d'Assurance de Protection juridique S.A (pour D. _____), à Lausanne, ■ Caisse nationale suisse en cas d'accidents, à Lucerne, - Office fédéral de la santé publique, à Berne, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.